UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 162

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OMENTO-VOLVULUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1920

PAR

Frédéric MARCEAU

Né à La Ferrière (Vendée), le 10 Mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (6 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
FORGUE, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OMENTO-VOLVULUS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547009_0094

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 162

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OMENTO-VOLVULUS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 2 Juin 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Frédéric MARCEAU

Né à La Ferrière (Vendée), le 10 Mars 1893

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (6 CITATIONS)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

MASSABUAU, professeur, *Président.*
FORGUE, professeur.
RICHE, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM MAIRET (✲)..... DOYEN.
N... ..... ASSESSEUR.
IZARD..... SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O ✲).
Physiologie.....	HEDON (✲).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie.....	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✲)
Microbiologie.....	N. . .
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✲ ✲, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIÈRE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.
Stomatologie	WATON ✲ (✲) doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
GRYNFELTT (✲).
LEENHARDT.
GAUSSEL (✲ ✲).
RICHE.

MM. CABANNES.
P. DELMAS.
RUZIÈRE.
J. DELMAS (✲).
RIMBAUD ✲.

MM ETIENNE.
LISBONNE.
PECH ✲ (ch. d'agr. l.

Examinateurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, professeur, *Président.* | MM. RICHE, agrégé.
FORGUE, professeur. | ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

F. MARCEAU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Hommage respectueux.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE NANTES

F. MARCEAU.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'OMENTO-VOLVULUS

INTRODUCTION

Nous devons à l'obligeance de Monsieur le Docteur Gérard, prosecteur à la Faculté de Médecine de Lille les deux observations inédites que nous publions dans ce modeste travail, observations recueillies au cours de la campagne 1914-1918.

Cette étude nous a paru particulièrement intéressante, le diagnostic de l'omento volvulus étant souvent extrêmement difficile à poser, alors qu'il commande toujours l'intervention d'urgence. Nous nous sommes attachés à étudier minutieusement les éléments de ce diagnostic et à le différencier des affections similaires, persuadé qu'il importe surtout de discerner rapidement une torsion épiploïque d'une appendicite, cette dernière entraînant

parfois à la temporisation, toujours dangereuse dans le cas d'un omento-volvulus.

Le sujet nous a paru souvent comporter des difficultés d'exécution, pour lesquelles nous demandons à nos juges leur indulgence, assurés qu'ils peuvent être de la bonne volonté que nous y avons apportée.

Arrivé au terme de nos études, nous ne pouvons oublier de rappeler ici la dette de reconnaissance que nous avons contractée à l'égard de nos Maîtres de Nantes et de Montpellier qui nous ont formé par leurs conseils éclairés, nous faisant largement participer au fruit de leur longue expérience.

Nous devons des remerciements à Monsieur le Professeur Massabuau pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre travail de fin de scolarité.

HISTORIQUE

Il faut remonter en 1882 pour trouver la première observation d'omento-volvulus publiée par Oberst. Puis Demons en 1893 présente un nouveau cas nettement étudié. Quelques années plus tard en 1898, Bayer publie à son tour une observation et l'année suivante, c'est Monod qui dans la thèse de Reynier attire l'attention sur la question. En 1900 les observations se succèdent et nous retrouvons dès lors les noms de Wiener, Baracz, Peck, Hochenegg, Lucas Championnière, Lejars, Polherat, Walther, Chavannaz, Heilz et Bender. Puis en 1901, Souligoux et Deschamps d'une part, Lucas-Championnière et Mauban d'autre part s'occupent de la question, et en 1903 Vignard et Giraudeau publient 2 observations inédites et en profitent pour présenter une étude documentée de la question.

La première thèse importante est due à Roche, elle paraît en 1905, elle est immédiatement suivie la même année d'un mémoire de Riedel. Deux autres mémoires paraissent encore en 1906, sans apporter d'ailleurs de nouvelle clarté ; l'un est dûe à Pretzch, l'autre à F. O. Smythe.

En 1907, Lejars mettait définitivement la question au point, et Lapeyre de Tours dans les *Archives Provinciales de Chirurgie* présentait une revue générale où il rassemblait 68 cas. Un de ses élèves, Mattrais publiait une thèse sur la question, quelques mois après.

ÉTIOLOGIE

L'omento-volvulus se rencontre surtout à l'âge adulte. Sans doute Broca en a publié un cas chez l'enfant, mais ce fait paraît être tout à fait exceptionnel.

Cette affection est surtout un accident survenant dans le sexe masculin. C'est ainsi que Roche, qui a publié dans sa thèse 29 observations, a relevé 24 cas chez l'homme, et 5 chez la femme. Cette statistique, pour être déjà ancienne, n'en est pas moins démonstrative.

C'est surtout du côté droit de l'abdomen que se localisent les accidents, surtout quand ceux-ci sont spontanés. Cette localisation n'aplanit pas les difficultés du diagnostic, et la confusion avec l'appendicite est fréquente.

La hernie est en général coexistante, cependant il y a des cas où cette coexistence peut manquer. Mattrais, reproduit une statistique publiée par Lejars, et que nous donnons ici :

a) Quatre cas où la torsion épiploïque est accompagnée et consécutive à une tumeur :

b) Broca : Kyste hydatique de l'épiploon avec accidents inflammatoires.

c) Tuffier : Cas d'une jeune femme opérée pour une tumeur apparue brusquement dans le bassin. Elle avait un épiploon tordu auquel pendaient 3 kystes hydatiques.

d) Payr : Chez une femme de 19 ans, kyste de l'ovaire

à pédicule tordu et une tumeur épiploïque adhérente, tordue aussi deux fois sur elle-même.

e) Simon : Masse épiploïque à pédicule tordu et adhérente à un kyste de l'ovaire gros comme une pomme.

f) Sept cas d'omento-volvulus sans hernie et sans tumeur publiés par Eitel, Noble, Stewart, Sindder, Simon, Riedel (2 cas).

Comme considération étiologique, il convient de citer encore le rôle qu'on a accordé à l'effort quel qu'il soit. De même on a mis en cause les contusions abdominales.

PATHOGÉNIE

Ce sont surtout Vignard, Lejars et Lapeyre qui ont essayé d'éclaircir le problème pathogénique de l'omento-volvulus. Délaissant la description des détails cliniques, Vignard s'est attardé à cette étude. Considérant que dans l'immense majorité des cas, la hernie coexiste avec la torsion, il en déduit que cette hernie joue un rôle incontestable dans la production de l'omento-volvulus. D'ailleurs voici les paroles qu'il écrit lui-même :

« Par suite de la situation passagère ou permanente de l'extrémité inférieure de l'épiploon dans le sac, la longueur de l'organe est accrue, sa forme devient plus ramassée et ne permet plus un étalement complet au-devant de l'intestin. L'irritation locale qui en résulte est souvent cause d'une hypertrophie notable de cette portion inférieure rendant l'épiploon comparable à celui d'une observation de Broca, épiploon auquel était appendu un kyste hydatique du volume du poing et qui s'était légèrement tordu sur son axe. »

Lejars dans la *Semaine Médicale* du 13 février 1907, donne à son tour une explication pathogénique dont nous avons pu extraire le passage suivant :

« La présence d'un sac herniaire où l'épiploon s'engage, s'étire, adhère, s'épaissit, semble créer à la torsion les meilleures conditions pathogéniques. Les gros noyaux

d'épiploïte chronique, en partie pédiculés, qu'on trouve dans les épiplocèles, finissent par constituer, dans l'épaisseur de la membrane plissée et pelotonnée des sortes de corps étrangers, des tumeurs lourdes, déclives, toutes prêtes à se déplacer latéralement, à tourner sur elles-mêmes une fois réduites et les mouvement de va et vient qu'elles éxécutent, les manœuvres de taxis auxquelles elles sont soumises, exagèrent cette tendance à l'enroulement. »

Cette opinion de l'épiploïte chronique, cause première de l'omento-volvulus est partagée par Lapeyre. Celui-ci ajoute même que cette épiploïte peut créer dans l'intérieur de l'épiploon des " cordelettes scléreuses " qui sont toutes disposées à s'enrouler et auxquelles il attache une fort grande importance.

Cependant Hochenegg publie une observation d'après laquelle l'épiploon était parfaitement sain. Il semble donc que si l'épiploïte chronique est une cause favorisante de premier ordre elle peut être impuissante à produire l'omento volvulus. Il faut chercher autre chose. Quand la torsion est intra abdominale, on peut accuser les mouvements péristaltiques de l'intestin, surtout si ceux ci se produisent dans un abdomen porteur d'une tumeur ou d'adhérences importantes.

Lorsque la torsion n'est plus intra-abdominale, mais coexiste avec une hernie, il faut bien supposer alors que l'épiploon tendant à sortir par l'anneau inguinal trouve un canal étroit dans lequel il ne peut s'engager que s'il est animé d'un mouvement de rotation.

Telles sont, nous semble-t-il, les explications pathogéniques les plus conformes à la vérité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En présence d'une pièce provenant d'un omento-volvulus, on est tout d'abord frappé par la présence de signes inflammatoires. Exceptionnels sont les cas où l'épiploon est sain. Presque toujours il y a des phénomènes d'épiploïte. Mais en dehors de ces signes visibles à un examen superficiel, il faut signaler des transformations plus importantes subies par l'épiploon. Ce sont des lésions de sclérose qu'on a principalement à observer. Tantôt ces lésions scléreuses envahissent en bloc tout l'épiploon, tantôt, au contraire, elles n'intéressent l'organe que partiellement formant alors des faisceaux à dispositions diverses.

Des cas d'envahissement total nous ont été fournis par Lucas-Championnière, Lejars, Vignard, Tuffier.

Quant aux cas d'envahissement partiel, un bel exemple nous en a été fourni par Heilz et Bender, cas où la partie inférieure de l'épiploon était divisée en deux faisceaux dont les pédicules étaient enroulés l'un autour de l'autre comme « de véritables lanières. »

L'enroulement subi par l'épiploon est variable suivant les cas. Tandis que Mattrais a publié une observation inédite où un quart de spire s'était produit, la torsion étant en quelque sorte prise sur le fait, d'autres auteurs

comme Lucas-Championnière ont pu distinguer jusqu'à six tours de spire.

Au point de vue microscopique, l'épiploon a subi des altérations profondes. Il nous présente une réaction inflammatoire avec leucocytose, des lésions vasculaires : des veines volumineuses et thombosées, des capillaires dilatés en grand nombre et dont les parois son amincies.

Mais il ne convient pas seulement d'étudier les lésions subies par l'épiploon, il faut encore connaître l'état soit du sac herniaire, soit du péritoine.

Tantôt l'épiploon est adhérent au sac herniaire, tantôt il est libre. Le sac est épaissi, et très vasculaire. Si la lésion est ancienne, des adhérences s'organisent rapidement. Il n'y a pas d'étranglement au niveau du collet.

Quant au péritoine, son inflammation est rare, mais cependant dans certains cas il peut y avoir des phénomènes de péritonite diffuse. Quant aux organes voisins, ils ne sont pas atteints.

ÉTUDE CLINIQUE

L'Étude clinique de l'omento-volvulus ne nous paraît pas pouvoir être présentée en un seul bloc. C'est qu'en effet la forme herniaire ne peut au point de vue symptomatologie être comparée à la forme abdominale où le tableau clinique revêt la plupart du temps l'aspect d'une crise appendiculaire.

Pour la clarté de l'exposition, nous distinguerons donc une forme herniaire et une forme abdominale.

A. *Forme herniaire*. — Le début est en général précédé de crises, caractérisées par des douleurs, quelquefois des vomissements, le tout accompagné d'un malaise général. Parfois ces crises se résument en quelques coliques assez vives pour que le malade puisse en préciser l'existence, la durée et la date d'apparition.

Mais peu à peu ces crises prodromiques cèdent le pas à la période d'état. Dès lors la douleur domine la scène. Celle-ci est vive, obligeant même le malade à s'aliter. Exacerbée par les mouvements, elle présente parfois des périodes de rémission, mais le plus souvent, sa marche est continue et croissante.

Cette douleur siège naturellement dans la région inguinale, s'irradiant parfois dans la fosse iliaque.

La constipation est fréquente, les nausées, puis les

vomissements apparaissent. Dès lors c'est le tableau de l'étranglement herniaire. Cependant, il convient de noter que jamais l'arrêt des gaz et des matières n'est complet. Mattrais prétend que ce serait un moyen de distinguer l'omento-volvulus de l'étranglement herniaire

En même temps apparaissent des signes généraux : altérations du facies, élévation de la température, accélération du pouls.

La tumeur herniaire, apparaît douloureuse, volumineuse, mate, et se présente irréductible. Cependant en palpant méthodiquement, on peut s'apercevoir que la tumeur se poursuit dans l'abdomen. C'est ainsi que Lucas Championnière trouva : « une masse irréductible, dure et douloureuse se continuant très manifestement avec une masse intra abdominale de dureté analogue, qui s'étalait au-dessus du pli de l'aine et remontait jusqu'à l'ombilic ».

B. *Forme abdominale.* - Comme dans la forme herniaire, on peut avoir de petites crises prémonitoires, aiguës et passagères. Puis la douleur apparaît. Elle siège évidemment dans la région du Mac Burney, mais sa localisation manque souvent de précision.

On retrouve également ici la constipation et quelquefois les nausées et les vomissements mais d'une façon moins régulière que dans la forme herniaire. L'état général est souvent peu atteint, la fièvre peu élevée, le pouls régulier, souvent normal.

La palpation méthodique de la fosse iliaque permet de percevoir une tumeur assez volumineuse peu douloureuse à la pression.

C'est, en somme, le tableau d'une appendicite, mais d'une appendicite mal caractérisée dont on ne pose le diagnostic qu'à regret.

DIAGNOSTIC

Trois diagnostics doivent être évités : l'épiplocèle étranglée, l'appendicite, l'occlusion intestinale.

Quand l'omento-volvulus est à forme herniaire, et plus spécialement à forme purement herniaire sans prolongement intraabdominal, il n'existe aucun signe particulier de la torsion. Le diagnostic n'est donc, en général, pas fait.

Il en est autrement lorsque la tumeur herniaire envoie un prolongement intraabdominal. C'est ici qu'intervient la constatation de la corde épiploïque à laquelle Vignard attachait une si grande importance.

Si on en croit les observations, la présence de ce prolongement intraabdominal aurait permis de faire le diagnostic.

Dans la forme abdominale, la confusion avec une appendicite est fréquente. Cependant il faut reconnaître que l'omento-volvulus présente une altération de l'état général minime, s'accompagnant d'une tumeur importante dont la douleur est mal localisée. Dans ces cas-là, il convient de rechercher, avant tout, suivant l'expression imagée de Lejars, la présence « d'une hernie indicatrice ».

Quant à l'occlusion, elle sera distinguée surtout par ce signe sur lequel nous avons insisté en étudiant la symptomatologie de la question, c'est que dans l'omento-

volvulus il n'y a jamais arrêt complet des matières et des gaz. De plus, l'abdomen n'est pas uniformément augmenté par les anses intestinales distendues.

Le pronostic est en général bénin. Quand l'intervention est correctement et vivement menée, les résultats sont très favorables.

Si nous laissons parler les chiffres, nous voyons que Lejars, sur 66 cas, ne note que 7 décès, et encore y en eut-il 3 qui succombèrent à une complication intercurrente, et un qui mourut le lendemain, ayant été opéré *in-extremis*.

TRAITEMENT

Le traitement de l'omento-volvulus est strictement chirurgical. Dans la forme herniaire, on commence l'intervention comme pour une hernie étranglée En présence de la torsion de l'épiploon, on lie le pédicule par un procédé quelconque et on résèque la masse épiploïque. Mais il ne faut pas oublier que le pédicule peut être tordu au niveau du collet, et qu'il peut y avoir en même temps une torsion intra-abdominale. C'est ce qui arriva à Von Eiselsberg qui opéra un malade dont la mort survint 36 heures après ; à l'autopsie on aperçut une torsion intra-abdominale indépendante de la torsion qui avait justifié la résection épiploïque. Donc il faut que l'incision soit suffisante, pratiquer une hernio-laparotomie et ne s'arrêter que lorsqu'on se trouve en présence d'un épiploon sain.

Dans la forme abdominale ou intervient à la faveur de l'incision de Jalaguier, et ou résèque la tumeur épiploïque.

Citons simplement pour l'éliminer le procédé qui consisterait à pratiquer la détorsion de la tumeur. Ceux qui l'ont essayé ont toujours pratiqué par la suite la résection en masse.

Donc, en un mot, la résection de la masse épiploïque est le seul traitement.

OBSERVATIONS

Dues à l'obligeance de M. le docteur Gérard, prosecteur à la Faculté de Médecine de Lille

Observation Première

T. G...., trente-huit ans. Porteur d'une hernie inguinale droite depuis plus d'un an. Cette hernie est réductible. Depuis plusieurs mois le malade éprouve un malaise général mal précisé avec des coliques fréquentes. Il y a quinze jours le malade eut même des nausées et dut s'aliter vingt-quatre heures.

Le 29 février, le malade est pris brusquement à l'occasion d'un effort d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite. Quelques heures après apparaissent des nausées et un vomissement assez abondant. La hernie est brusquement irréductible.

A l'inspection on aperçoit une tumeur inguinale, qui, à la percussion, donne un son mat, tandis que les douleurs s'exagèrent. La température rectale est de 38°, le pouls est à 100, la langue est bonne, le facies n'est pas inquiétant.

On fait le diagnostic d'épiplocèle étranglé et on inter-

vient. Incision : on ouvre le sac et on tombe sur un épiploon noirâtre traversé par des veines énormes ; il ne paraît pas y avoir d'étranglement. On prolonge l'incision vers en haut et on tombe sur une portion d'épiploon rétrécie où se distingue nettement une double torsion. On lie le pédicule et on résèque la masse épiploïque qui pèse 125 grammes.

Guérison en trois semaines.

Observation II

J.... L...., vingt-huit ans, soldat au .....e d'infanterie. Est pris brusquement, en soulevant des sacs à terre, d'une douleur très violente dans la fosse iliaque droite, le 4 octobre.

Observé pendant trois heures au poste de secours du bataillon, présente des vomissements, tandis que le pouls monte à 120, quoique bien frappé ; pas de température.

Est évacué aussitôt

A l'ambulance, on constate que le malade souffre beaucoup. Tout le côté droit paraît empâté et est douloureux, sans qu'on puisse localiser cette douleur Le malade est porteur d'une hernie. Devant ces symptômes peu nets d'appendicite, on se décide à intervenir.

On fait une incision de Jalaguier, et on tombe sur une masse épiploïque noirâtre, très vascularisée. Cet épiploon est adhérent au sac herniaire dans lequel il paraît plonger. On le libère avec difficulté, et on aperçoit alors un pédicule très long, cordiforme où on peut distinguer au moins quatre enroulements.

Ligature du pédicule et excision. On enlève 320 gram-

mes d'épiploon. Le cœcum et l'appendice sont parfaitement sains.

Le malade a eu 38° à 39° pendant trois jours, puis après cette légère réaction, les suites furent normales, et un mois après le malade était guéri.

CONCLUSIONS

L'omento-volvulus se présente sous deux formes très distinctes : la forme herniaire et la forme appendiculaire.

Au point de vue anatomie pathologique il faut considérer la dégénérescence scléreuse qui peut être totale ou partielle.

Au point de vue clinique, la forme herniaire peut surtout se confondre avec l'épiplocèle étranglée. Elle s'en distingue car elle est, en général, précédée de petites crises, de plus on peut constater la présence de la corde épiploïque qui fait communiquer la tumeur et l'abdomen.

Dans la forme appendiculaire on constate un état général contrastant avec la douleur et les signes locaux. De plus la localisation de la douleur est mal définie.

L'omento-volvulus se distingue de l'occlusion car il n'y a jamais arrêt complet des matières et des gaz.

Le traitement est strictement chirurgical ; il consiste à réséquer largement l'épiploon tordu.

Le pronostic est bon.

BIBLIOGRAPHIE

Blake. — Annals of Surgery, 1903.

Beldwinn. — Annals of Surgery, 1902, s. 740.

Eitel. — A rare omental tumor (Med. Record., 20 mai 1899, p. 1979).

Kroner. — Deutsche med. Wochenschr, 1904.

Kuttner. — Centralbl. f. Chir., 1905.

Lucas-Championnière. — Bull. et Mém. de Soc. de Chir., 9 mai 1906.

Lejars. — Soc. de Chir., 9 mai 1900.

— Semaine médicale, 13 fév. 1907.

Lapeyre. — Archives provinciales de chirurgie, n° 5, juin 1907.

Malherbe. — Archives provinciales de chirurgie, avril 1903.

Mattrais. — Torsion du grand épiploon.

Moresco. — Gazetta degli ospedali e delle cliniche. Milan, 1902.

Mauclaire. — Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale, 1904.

Nordmann. Centralblatt für Chirurgie, 1903.

Noble Th.-B.). - (Americ. journ. of obstetrics, mars, 1904. Reproduit dans la Semaine médicale de 1904, p. 260.

Oberst. — Centralblatt für Chir., n° 27, 1882.

OElwein. — K. K. Gesellschaft der Aertzte in Wien, 1901.

Payr. — Arch. f. Klin. Chir., 1902.

Pretzsch. — Uber die torsion des Netzes. — Beitrage z. Klin. Chir., 1906.

Potheras. - Soc. de Chirurgie, 1900.

Peck. — Médical Record, février 1900.

Quenu. — Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 1903.

Riedel. — Münch. med. Wochenschr., 1903.

Rudolp. — Wien. Klin. Wochenschr., 1903.

Roche. — Torsions du grand épiploon. Thèse de Paris, 1905.

Sendder. Intra-abdominal torsion of the entire great omentum (Ann. of Surgery, 1904).

Simon. — Münch. med. Wochensch., 10 oct. 1905.

Schmid. — Bull. et Mém. de Soc. de Chir. de Paris, 7 mars 1906.

Sonnenburg. — Archives internat. de Chir., 1903.

Souligaux et Deschamps. — Bull. de Soc. anat. Mars 1901.

Tuffier. — Bull. et Mém. de Soc. de Chir., 1901.

Trinkler. — Deutsche Seitschrift für Chirurgie, 1904.

Vignard et Giraudeau. — Archives Provinciales de Chir., avril 1903.

Wiener. — Annals of Surgery. Philad., avril 1900.

Walther. — Soc. de Chir., 1900, 9 mai.

Wiart et Renou. — Bulletins et mémoires de la Soc. anatom., février 1901.

Wiesinger. — Aerztlicher Verein in Hambourg, 5 mai 1901.

Zeller. — Centralbl. f. Chir., 1903.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 25 mai 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 25 mai 1920.
Pour le Doyen,
Le Professeur délégué,
FORGUE.